

**IN-HOME SUPPORTIVE SERVICES PROGRAM**수혜자와 제공자의  
주 근로 시간 합의서

IHSS RECIPIENT CASE NUMBER

RECIPIENT NAME (FIRST, MIDDLE, LAST)

본인의 총 승인 시간은 \_\_\_\_\_입니다.

본인의 주당 최대 근로 시간을 결정하기 위해 본인의 총 월 승인 시간을 이제는 4로 나눌 것입니다. 본인의 주당 최대 근로 시간은 \_\_\_\_\_입니다. 어떤 특정 상황에서, 본인이 다른 주에 시간을 적게 사용하는 만큼, 한 주에는 본인이 보통 사용하도록 제공된 시간 보다 더 많은 시간을 제공할 수 있도록 주당 승인 시간을 본인이 조정할 수도 있습니다.

이 양식은 본인이 제공자(들)를 위해 시간 일정을 잡는데 도움이 되는 하나의 수단이라는 것을 이해합니다. 이 시간 일정은 본인의 제공자(들)이 본인의 월 승인 시간 이내로 유지하도록 확실히 하는 것을 돕습니다.

## 지침서:

- 아래 **A** 란에 당신이 서비스를 받고 싶은 모든 제공자의 이름을 입력하십시오.
- 아래 **B** 란에 각 제공자의 제공자 번호를 기입하십시오. (번호는 근무 시간표에 나와 있습니다.)
- 아래 **C** 란에 각각의 제공자에게 매주 할당해 준 총 최대 근로 시간을 기입하십시오.
- 모든 제공자에 대한 총 주당 최대 근로 시간(**C** 란)은 그 합계가 당신의 총 주당 최대 근로 시간이 되어야 합니다.

<b>A</b>	<b>B</b>	<b>C</b>
제공자 이름 (이름, 중간 이름, 성)	제공자 번호	매주 할당 시간
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
수혜자의 총 주당 최대 근로 시간		매주:

**수혜자 인증서:**

- 본인이 이 양식을 작성 완료하여 **In-Home Supportive Services (IHSS)** 프로그램에 제출함으로써, 본인은 지명된 제공자(들)에게 승인된 시간의 일정을 잡아주는 것이라는 것을 이해합니다.
- 본인은 모든 제공자들의 일하는 총 시간이 본인의 주당 최대 근로 시간 또는 월 승인 시간을 초과하지 않도록 각 제공자를 위해 일정을 만드는 것이 본인의 의무라는 것을 이해합니다.
- 본인은 어떤 특정 상황에서 주당 승인 시간을 조정할 수 있지만, 본인이 카운티에서 승인한 새 승인 시간에 대한 결정 통지서를 받지 않는 한 본인의 월 승인 시간은 변경되지 않는다는 것을 이해합니다.
- 만일 본인의 제공자들이 서비스를 제공한 시간 수가 본인의 월 승인 시간을 초과한다면, 본인은 그 제공자들이 초과한 어떤 시간에 대해서든 **IHSS** 프로그램으로부터 지불받지 못한다는 것을 이해합니다. 만일 제공자들이 본인의 월 승인 시간보다 더 일한다든지 또는 **IHSS** 프로그램에서 승인하지 않은 서비스를 제공한다면, 그 추가 시간 또는 서비스에 대해 지불하는 것은 본인의 책임입니다.
- 만일 본인이 제공자들에게 할당해준 주당 시간이 항상 같게 유지되고 본인 제공자(들)의 근무 시간표가 본인이 그/그녀에게 할당해 준 시간에 대해서만 항상 처리되기 원한다면, 본인은 제공자에 대한 수혜자 할당 승인 시간(**SOC 838**) 양식을 신청해서 작성 완료하여 카운티에 제출해야 한다는 것을 이해합니다.

수혜자 서명	날짜
--------	----

수혜자 이름 (이름, 중간 이름, 성)

권한 대리인(수혜자가 그들 자신을 위해 서명할 수 없는 경우)	수혜자와의 관계	전화 번호
------------------------------------	----------	-------

권한 대리인 서명	날짜
-----------	----

**제공자 인증서:**

- 본인은 이 양식에 서명함으로써 근무 일정에 동의하며 수혜자가 시간 일정을 조정하지 않는 한 그/그녀를 위해 본인에게 할당된 시간보다 더 일하지 않는다는 것을 이해합니다.
- 만일 수혜자의 월 승인 시간보다 더 일한다면, 이들 서비스는 IHSS 로 간주하지 않을 것이며 IHSS 프로그램에서 지불하지 않는다는 것을 이해합니다. 이들 추가 시간에 대해 지불하는 것은 본인 수혜자의 책임입니다. IHSS 프로그램은 IHSS 프로그램에서 승인한 시간 및 서비스에 한해서만 지불합니다.
- 본인은 제공자 등록 합의서(SOC 846)에 명시된 프로그램 요구 조건을 준수해야 한다는 것을 이해합니다.

1. 제공자 서명	날짜
제공자 #1 인쇄체 이름 및 제공자 번호	전화 번호
2. 제공자 서명	날짜
제공자 #2 인쇄체 이름 및 제공자 번호	전화 번호
3. 제공자 서명	날짜
제공자 #3 인쇄체 이름 및 제공자 번호	전화 번호
4. 제공자 서명	날짜
제공자 #4 인쇄체 이름 및 제공자 번호	전화 번호
5. 제공자 서명	날짜
제공자 #5 인쇄체 이름 및 제공자 번호	전화 번호

**FOR COUNTY USE ONLY**

WORKER NAME (FIRST MIDDLE LAST):	WORKER PHONE: